**Supervisorverklaring Klinische Vaardigheden Supervisor i.o.**

**Supervisor:**

Naam:

In MBT-Register opgenomen onder nr.

**Verklaart dat Supervisant:**

Naam:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

E-mailadres:

**Heeft deelgenomen aan een supervisietraject klinische vaardigheden i.h.k.v. de supervisorenopleiding:**

|  |  |
| --- | --- |
| Aantal sessies  |       |
| Tijdvak  |       |

**Waarbij:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Verslaglegging heeft plaatsgevonden volgens format |
|  |
|  | 1. *Competenties Klinische vaardigheden*
 |
| [ ]  | De supervisor de in het persoonlijk opleidingsadvies vastgelegde competenties waaraan gewerkt moest worden positief heeft beoordeeld |

Aldus naar waarheid opgemaakt te datum:

Handtekening Supervisor Mede-ondertekening Supervisant